Schule Wilderswil

Wilderswil, im August 2025

Zahnarztwahl ab Schuljahr 2025/26

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen sollen jedem schulpflichtigen Kind einmal im Jahr die Zähne kontrolliert werden. **Die Untersuchungskosten bei einem Schulzahnarzt werden von der Gemeinde übernommen.** Als Erziehungsberechtigte haben Sie die freie Wahl, bei welchem Zahnarzt die jährliche Kontrolluntersuchung erfolgen soll. Das Aufgebot zur Zahnkontrolle erhalten Sie jeweils vor oder nach den Herbstferien.

Künftig soll unser Kind bei folgender Zahnarztpraxis für die Kontrolluntersuchung angemeldet werden:

- ☐ **Zahnärzte Interlaken AG,** Josef Arbab, Rosenstrasse 27, 3800 Interlaken
- ☐ **Zahnärzte Jungfraublick AG,** Josef Arbab, Seestrasse 8, 3800 Unterseen
- ☐ **Baer Zahnarztpraxis AG**, Martin Baer, Breite 19, 3800 Unterseen
- ☐ **Zahnarztpraxis zur Stadt Paris,** Amir Gadzo, Rosenstrasse 2, 3800 Interlaken
- ☐ **Kolgeci dent,** Lumni Kolgeci, Höheweg 12, 3800 Interlaken
- ☐ **Zahnarztpraxis Willi Mesaric,** Rugenparkstrasse 2, 3800 Interlaken
- ☐ **Oeschger Zahnärzte AG,** Corinne Oeschger, Jungfraustrasse 1, 3800 Interlaken
- ☐ **Zahnarztpraxis am Marktplatz,** Beat Röthlisberger, Marktgasse 8, 3800 Interlaken
- ☐ **Zahnarztpraxis Jean-Pierre Röthlisberger**, Höheweg 29, 3800 Interlaken
- ☐ **Zahnarztpraxis Michael Schmitter**, Strandbadstrasse 3, 3800 Interlaken
- ☐ **Institut für Mundgesundheit AG,** Kyrill Schoilew, Untere Bönigstrasse 8, 3800 Interlaken
- ☐ **Bödeli Zahnärzte**, Michaela + Jonas Vallhov-Imhof, Freiestrasse 2a, 3800 Interlaken

☐ Wir führen die Untersuchung **auf eigene Kosten bei einem anderen Zahnarzt** durch.
Wir nehmen zur Kenntnis, dass die jährliche Kontrolluntersuchung **obligatorisch** ist.

Vorname und Name des Kindes: ...……

Datum: …… Unterschrift Erziehungsberechtigte: …….....

Bitte das ausgefüllte Formular **bis spätestens 29.08.2025** an die Klassenlehrperson zurückgeben.
Besten Dank.

SCHULE WILDERSWIL

Daniela Reichenpfader, Sekretariat